



Käyhkö Suvi

Interpersoonallinen ohjanta masennuksen ehkäisevässä työssä osana yläkoulun oppilashuoltoa

Kasvatustieteen kandidaatintutkielma
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Kasvatustieteiden tutkinto-ohjelma
2021

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Interpersoonallinen ohjanta masennuksen ehkäisevässä työssä osana yläkoulun oppilashuoltoa
(Suvi Käyhkö)

Kandidaatintutkielma, 29 sivua

Huhtikuu 2021

Tässä tutkielmassa tarkastellaan yläkoulun oppilashuollon ennaltaehkäisevän työn merkitystä nuorten masennuksen hoidossa sekä interpersoonallisen ohjannan menetelmää tässä kokonaisuudessa. Tutkimusmenetelmänä käytetään narratiivista kirjallisuuskatsausta. Mielenterveysongelmien katsotaan yleistyvän juuri nuoruuden ikävaiheessa. Suomalaisissa yläkouluissa sekä toisen asteen koulutuksissa kohdataan poikkeuksetta masentuneita nuoria. Nuorille kohdenne-
tut mielenterveyspalvelut ovat kuitenkin monihallinnollisia ja pirstaleisia, eikä nuorten hoitoon ole luotu Suomessa selkeää kansallista mallia. Erikoissairaanhoidon sekä perustasonpalveluiden keskuudessa ei ole siten aina selkeää, kenelle vastuu nuoren hoidosta oikeastaan kuuluu.

Lähes jokainen suomalainen nuori käy julkista yläkoulua. Tämän vuoksi koulu on keskeinen ympäristö, jossa mielenterveyden ongelmia voidaan seuloa jo niiden varhaisessa vaiheessa. Yläkoulun oppilashuollolla voidaan siten nähdä keskeinen rooli nuorten masennuksen varhaisessa tunnistamisessa sekä tuen järjestämisessä. Oppilashuollon rooli on lähtökohtaisesti lain mukaan ennaltaehkäisevää työtä. Ehkäisevällä työllä eli preventiolla voidaan vaikuttaa merkittävästi masennusjakson kestoon, hoitoennusteeseen sekä ehkäisemään toistuvia masennustiloja.

Interpersoonallinen psykoterapia on tehokas masennuksen hoitomuoto. Vuosina 2016–2017 espoolaisissa yläkouluissa otettiin käyttöön interpersoonallinen ohjanta, joka on interpersoonallisesta psykoterapiasta kehitetty lyhyt versio. Menetelmään koulutettiin oppilashuollossa työskenteleviä koulukuraattoreita, -psykologeja sekä -terveydenhoitajia. Interventiota on tutkittu vasta vähän, mutta sen tehokkuudesta sekä sovellettavuudesta kouluympäristöön on saatu myönteisiä tuloksia erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Interpersoonallinen lähestymistapa keskittyy tarkastelemaan ensisijaisesti masennusoireiden yhteyttä yksilön sosiaalisiin suhteisiin ja toimintaan. Menetelmällä ei voida korvata muita perustason palveluita tai erikoissairaanhoidoa, mutta sillä on nähtävä merkityksellinen rooli niiden rinnalla masennuksen seulonnassa ja varhaisessa tuessa.

Avainsanat: masennus, yläkoulun oppilashuolto, ennaltaehkäisevä työ, preventio, nuoruusikä, interpersoonallinen ohjanta, IPC

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Masennusta vai masentuneisuutta – kuinka tunnistan?	6
2.1	Nuoruusiän kehitys – kohti autonomiaa ja identiteettiä	6
2.2	Masennustilan diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti	7
2.3	Depressio kehittyy useiden altistavien tekijöiden seurauksena	8
3	Oppilashuollon rooli mielenterveysongelmien ehkäisevässä työssä	10
3.1	Yläkoulun oppilas- ja kouluterveydenhuollon toimintamahdollisuudet masennuksen tunnistamisessa ..	10
3.2	Ehkäisevä työ eli preventio – kolme tasoa	12
3.3	Nuorille kohdennettuja mielenterveyspalveluita leimaa monihallinnollisuus ja pirstaleisuus	14
4	Interpersoonallinen ohjanta	17
4.1	Mitä on interpersoonallinen ohjanta?	17
4.2	Interpersoonallinen ohjanta käytännössä – muutosmekanismeilla kohennetaan yksilön elämänlaatua ..	19
4.3	Interpersoonallisen ohjauksen tehokkuus	21
5	Tulosten tarkastelua ja pohdintaa	23
	Lähteet	26

1 Johdanto

Tässä kandidaatin tutkielmassa tarkastelen yläkoulun oppilashuollon ennaltaehkäisevän työn merkitystä nuorten masennuksen hoidossa. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on interpersoonallisen ohjauksen (IPC eli *Interpersonal counselling*) menetelmä, joka on hiljattain tuotu osaksi suomalaista koulukontekstia. IPC-ohjantaa on aiemmin tutkittu aikuisilla muun muassa perusterveydenhuollon piirissä sairaanhoitajien toteuttamana (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen, 2017, s.160; Kontunen, 2020). Interventiota on testattu Suomessa vuosina 2016–2017 Espoon 66 yläkoulussa kouluterveydenhoitajien, koulupsykologien sekä koulukuraattoreiden toimesta (Ranta ym., 2018, s.34). Parhiala kollegoineen (2020) on todennut tutkimuksessaan, että IPC-ohjanta on tehokas interventio nuorten lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa kouluympäristössä. Heidän tutkimuksensa tulokset antoivat siis positiivisia viitteitä koulupohjaisten palveluiden tehokkuudesta.

Tämä tutkimusaihe on keskeinen siitä syystä, että Mauri Marttusen ja Linnea Karlssonin (2013a, s.3–9) mukaan useat mielenterveyden ongelmat ilmaantuvat jo nuoruusiällä. He korostavat, että nuorilla ilmaantuu mielenterveyden ongelmia jopa puolet enemmän kuin lapsilla. Erityisen tyypillisiä ovat erilaiset psyykkiset oireet, kuten masennuksen oireet (Marttunen & Karlsson, 2013a, s.3–9). Ranta ja kumppanit (2018, s.12) ovat tuoneet esiin, että yläkouluissa sekä toisen asteen kouluissa kohdataan poikkeuksetta nuoria, jotka ovat masentuneita. Nuoruusiällä alkaneet masennuksen oireet jatkuvat usein aikuisuuteen, mutta niitä voidaan kuitenkin ehkäistä varhaisella puuttumisella (Gondek & Lereya, 2018; Ranta ym., 2018, s.12). Parhialan ja kollegoiden (2020) mukaan koulukonteksti tarjoaa hyvän mahdollisuuden masennuksen seulontaan ja varhaiseen puuttumiseen, sillä Suomessa lähes kaikki nuoret käyvät julkista yläkoulua. Heidän mukaansa nuoret, jotka toimivat palveluiden käyttäjinä, pitävät tärkeinä kriteereinä koulun tarjoamissa palveluissa hoitoon pääsyn matalaa kynnystä sekä vähäisiä häiriötekijöitä. Stengård, Savolainen, Sipilä ja Nordling (2009, s.10) ovat tuoneet tekstissään esiin näkökulman, jonka mukaan yleisesti mielenterveyden ehkäisevällä työllä on saatu vaikuttavia tuloksia. Heidän mukaansa eri mielenterveyden häiriöitä voidaan nähtävästi ehkäistä ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa.

Ranta kollegoineen (2018, s.11–13) nostaa tekstissään esiin, että IPC-menetelmän taustalla on nähtävä myös yksi hallituksen kärkihankkeista eli LAPE (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma), jolla tässä yhteydessä viitataan erityisesti nuorten mielenterveystyön määrittelyyn

sekä palveluketjujen uudistamiseen. Keskeisenä haasteena on nähty uusien työmenetelmien puutteellisuus, palveluiden päällekkäisyys, palvelujärjestelmän pirstaleisuus sekä eri toimijoiden koordinointi. Lähes kaikki nuorten mielenterveyden häiriöt ja niiden hoito ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin, jota seuraa näiden palveluiden ruuhkautuminen (Ranta ym., 2018, s.11–13). Tämän vuoksi hoitoketjujen uudelleen määrittelyyn ja koordinointiin olisi ajankohtaista saada ratkaisuja sekä löytää uusia menetelmiä jo tuen varhaisvaiheeseen myös laajemmin yhteiskunnallisesta näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin oppilashuollon ehkäisevän työn merkitystä nuorten masennuksen hoidossa. Erityisesti tarkastelun kohteena on ennaltaehkäisevä työ, jossa keskeisenä menetelmänä käytetään IPC-ohjantaa. Haluan tuoda tutkimuksessani esiin sekä yksilöllisiä että yhteiskunnallisia näkökulmia sille, mikä merkitys varhaisella puuttumisella on masennuksen hoidossa ja millainen merkitys koulun oppilashuollolla on koko palveluketjun näkökulmasta. Koulu on nuorelle keskeinen ympäristö, joten päätin ottaa sen tutkimukseni kontekstiksi. Koululla on lisäksi keskeinen rooli yhteiskunnallisesta näkökulmasta, jonka rakenteita voidaan muokata tukemaan nuorten mielenterveyttä (Marttunen & Karlsson, 2013a, s.14).

Tutkimusmetodina tässä kandidaatin tutkielmassa käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on Salmisen (2011, s.6–7) mukaan yksi yleisimmistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Sen avulla kyetään luokittelemaan ilmiön ominaisuuksia sekä kuvaamaan ilmiötä kattavasti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan edelleen jakaa integroivaan ja narratiiviseen menetelmään, joista tässä yhteydessä käytetään jälkimmäistä eli narratiivista menetelmää. Tutkielman myötä pyrin luomaan mahdollisimman laajan kokonaiskuvan intersubjektuallisen ohjauksen merkityksestä yläkoulun oppilashuollossa nuorten masennuksen hoidossa, johon tällä metodilla siten pyritään (Salminen, 2011, s.6–7).

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä merkitys yläkoulun oppilashuollon ehkäisevällä työllä on nuorten masennuksen hoidossa?
2. Mikä merkitys intersubjektuallisella ohjauksella on nuorten masennuksen hoidossa yläkoulun oppilashuollon ehkäisevässä työssä?

2 Masennusta vai masentuneisuutta – kuinka tunnistan?

Nuoruusiällä masennustilaan viittaavien oireiden sekä toisaalta normaaliin nuoruuteen kuuluvien mielialamuutosten tunnistaminen ja erottelu voi olla haastavaa, mutta tyypillisesti nuoruusiällä muutokset mielialassa ovat lyhytkestoisia ja ne liittyvät useimmiten ulkoisiin tekijöihin (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2019). Tämän luvun tarkoituksena on kuvata nuoruusiän kehitystä ja tuoda esiin näkökulmia muun muassa siitä, miten masennus kytkeytyy nuoruuden kehitysvaiheeseen. Lisäksi tulen esittelemään masennustilan diagnostiikkaa sekä sairaudelle altistavia tekijöitä.

2.1 Nuoruusiän kehitys – kohti autonomiaa ja identiteettiä

Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään ennaltaehkäisevän työn merkitystä nuorten masennuksen hoidossa yläkoulun kouluterveyden- ja oppilashuollon toteuttamana. Kiintopisteenä ovat erityisesti yläkouluikäiset nuoret, jolloin tarkastelun kohteena ovat varhaisnuoruus (ikävuodet 12–14) sekä keskinuoruuden alkuvaihe (ikävuodet 15–17) (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.8–13). Marttunen ja Kaltiala-Heino (2019) tuovat esiin näkökulman, jossa nuoruutta pidetään lapsuuden jatkumona. Heidän mukaansa lapsuuden voidaan siten nähdä määrittävän nuoruutta, mutta toisaalta nuoruusiällä voidaan korjata esimerkiksi lapsuuden kehitykseen liittyviä haasteita tai kokemuksia.

Marttunen ja Karlssonin (2013a, s. 8–13) mukaan nuoruusiällä kehitys on vilkasta ja suurin kuohuntavaihe sijoittuu tyypillisesti varhaisnuoruuteen. Kehitys on aina yksilöllistä, mutta yleisesti nuoren normaalissa kehityksessä ilmenee ailahtelevaisuutta ihmissuhteissa, mielialoissa sekä käytöksessä. Tästä syystä on olennaista erottaa arkipuheessa käytettävä ohimenevä masennuksen tunnetila sekä varsinainen masennustila eli depressio (Marttunen & Karlsson, 2013a, s.8–13). Aalto-Setälä sekä Marttunen (2007) ovat tuoneet esiin kehityksellisen näkökulman, jossa nuoruusiän keskeisenä päämääränä nähdään autonomian saavuttaminen sekä yksilöllisen identiteetin muodostaminen. Näiden päämäärien saavuttaminen syntyy Erik. H. Eriksonin 1960-luvulla kehittämän elämäнкаariteorian mukaan ikäkauden kehitystehtävien kautta. Nuoruuden ikävaiheessa tyypillisiä kehitystehtäviä ovat esimerkiksi vanhemmista irtaantuminen, seksuaali-identiteetin jäsentäminen sekä fyysisiin muutoksiin sopeutuminen. Myös mielenterveyden häiriöiden tiedetään uhkaavan nuoren kehitystä. Mikäli apua ja hoitoa ei kyetä tarjoamaan tarpeeksi ajoissa, se voi vaikuttaa epäsuotuisasti nuoren kehitysmahdollisuuksiin (Aalto-Setälä & Marttunen, 2007).

2.2 Masennustilan diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti

Erkki Isometsä (2019) tuo tekstissään esiin, että masennusoireyhtymien voidaan katsoa lukeutuvan mielialahäiriöiden alaryhmäksi, jotka voidaan niin edelleen jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennustilaan vaikeusasteen mukaisesti. Hänen mukaansa luokittelussa tarkastellaan keskeisesti oireiden laatua ja kestoä. Masennusdiagnoosi edellyttää oireiden jatkuneen yhtäjaksoisesti kaksi viikkoa, sisältäen ainakin kaksi tautiluokituksen ICD-10 mukaista masennustilan ydinoiretta sekä kaksi muuta oiretta (Taulukko 1.) (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.41–42). Lievissä masennustiloissa oireita on tyypillisesti 4–5, keskivaikeissa 6–7 ja vaikeassa masennuksessa oireita on 8–10 (Marttunen, Haravuori, Miettinen & Ranta, 2019)

Marttunen ja Kaltiala-Heinon (2019) mukaan nuoruudelle erityinen piirre mielialahäiriöissä on ärtyneisyys, jota voi esiintyä mielialan alenemista tyypillisemmin. Nuorilla myös itsemurhaan liittyvät ajatukset sekä yritykset ovat yleisempiä kuin aikuisilla, mutta niiden on katsottu kytkeytyvän erityisesti vakaviin masennustiloihin (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2019). Toisinaan masennuksen oireet voivat helpottua itsestään, mutta useimmiten nuoret tarvitsevat yksilökohtaista apua ja tukea (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.41–42).

Depression eli masennustilan ydinoireet	Muut oireet
Vähintään kaksi viikkoa jatkunut yksilölle poikkeuksellinen masentunut mieliala, jota esiintyy useimpina päivinä suurimman osan ajasta, eikä ole riippuvainen ulkoisista tekijöistä.	Vähentynyt omanarvontunto tai itseluottamus
Yksilö on menettänyt mielihyvän tai kiinnostuksen asioihin, joista on aiemmin ollut kiinnostunut tai joista yksilö on aiemmin saanut mielihyvää.	Kohtuuttomat tai perusteettomat syytökset itseä kohtaan
Yksilölle poikkeuksellinen väsymys tai voimavarojen vähentyminen.	Itsetuhoinen käyttäytyminen tai itsemurhaan / kuolemaan liittyvät toistuvat ajatukset
	Keskittymisvaikeudet
	Psykomotorinen muutos kuten hitaus tai kiihtymys
	Unihäiriöt
	Muutokset ruokahalussa ja kehonpainossa

Taulukko 1. ICD-10 tautiluokituksen mukaiset masennustilan diagnostiset kriteerit (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä, 2012).

Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2019) mukaan nuoruusiällä tapahtuvan nopean kehityksen ja sen yksilöllisyyden nähdään haastavan mielenterveyshäiriöiden diagnosointia. Heidän mukaansa oirekuva ja psykiatrinen diagnostiikka ei tällöin ole myöskään yhtä selkeä kuin aikuisilla. Lisäksi useamman mielenterveyshäiriön samanaikaisuus eli monihäiriöisyys on nuorilla yleistä. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2019). Lewinsohn, Rohde ja Seeley (1998) ovat tuoneet esiin, että lähes 50 % masentuneista nuorista sairastaa samanaikaisesti myös toista mielenterveyden häiriötä. Tämän vuoksi he korostavatkin mielenterveyshäiriöiden järjestelmällisen arvioinnin merkitystä. Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2019) mukaan kliinisestä näkökulmasta nuoret ohjautuvat tällöin herkemmin hoitoon, mutta hoidon sekä toipumisen ennuste on usein heikompi. Heidän mukaansa erityisesti masennustilaan sairastuneet nuoret ovat seurantatutkimuksien mukaan usein alttiimpia sairastumaan masennukseen tai muihin häiriöihin myös aikuisuudessa. Masennukseen liittyvillä ongelmilla on myös osoitettu yhteys erityisesti tyttöjen akateemiseen suorituskkyyn sekä sosiaaliseen hyvinvointiin, jonka on puolestaan nähty ajan myötä vaikuttavan sosiaalisiin ongelmiin (Verboom, Sijtsma, Verhulst, Penninx & Ormel, 2014).

2.3 Depressio kehittyy useiden altistavien tekijöiden seurauksena

Marttusen ja Karlssonin (2013b, s.48) mukaan depressio johtuu usein useamman asian yhteisvaikutuksesta, kuten biologisista, psykologisista sekä sosiaalisista tekijöistä. Psykologiassa useat eri teoreetikot ovatkin tuoneet esiin erilaisia näkemyksiä masennuksen taustalla vaikuttavista ja sille altistavista tekijöistä. Masennushäiriötä ei voida siten selittää yksittäisellä teorialla, koska niiden syntyyn ja uusiutumiseen liittyy useita muuttujia (Bernaras, Jaureguizar & Garaigordobil, 2019).

Kohonneeseen sairastumisriskiin on nähty vaikuttavan muun muassa perimä, varhaiseen kiintymyssuhteeseen liittyvät seikat, kuten laiminlyönti tai erokokemus, erilaiset ruumiilliset sairaudet, unihäiriöt sekä sosiaalisen tuen puutteellisuus (Bernaras ym., 2019; Marttunen & Karlsson, 2013b, s.48). Perimään ja temperamenttiin liittyvät tekijät voivat esimerkiksi vaikuttaa siihen, miten nuori kokee ja reagoi stressitilanteissa, mikä voi tällöin altistaa masennukselle (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.48). Murrosiässä aivot ovat erityisen herkkiä stressille, mikä voi vaikuttaa hermoratojen kypsymiseen ja siten altistaa psyykkisille sairauksille, kuten masennukselle (Eiland & Romeo, 2013).

Persoonallisuuspiirteistä erityisesti tunne-elämän tasapainottomuus sekä taipumus kokea negatiivisia tunteita ovat piirteitä, jotka ovat muun muassa kaksostutkimuksissa osoittautuneet keskeisiksi tekijöiksi, jotka altistavat masennusoireille (Isometsä, 2019). Nuoruusiällä sosiaalisella tuella ja erityisesti ikätovereilla on keskeinen merkitys nuoren kehitykselle. Syrjintä ja kiusaaminen ovat siten tekijöitä, joihin nuori tyypillisesti reagoi psyykkisesti, mikä voi siten vaikuttaa masennusriskiin (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.48–49). Burcusa ja Iacono (2007) ovat korostaneet, että negatiiviset kognitiot eli kielteiset käsitykset tai uskomukset itsestä, korkea neuroottisuus, stressaavat elämäntapahtumat sekä heikko sosiaalinen tuki ovat tekijöitä, jotka lisäävät riskiä masennustilan puhkeamiselle sekä sen uusiutumiselle.

Suvussa tai perheessä esiintyvä depressio voi lisätä riskiä myös lapsen sairastumisalttiudelle (Marttunen & Karlsson 2013b, s.48–49). Erityisesti toistuvien masennusjaksojen keskeisiksi riskitekijöiksi on osoitettu juuri perheeseen liittyvät tekijät (Burcusa & Iacono, 2007). Sander sekä McCarty (2005) ovat tuoneet esiin näkemyksen, jonka mukaan vanhemman masennuksen yhteys lapsen masennukseen ei ole kuitenkaan suoraan kausaalinen, vaan siitä heijastuu moniulotteisia ja vuorovaikutteisia tekijöitä. Heidän mukaansa perhetekijöistä muun muassa vanhempien lämmön ja läsnäolon puutteellisuus suhteessa lapseen voivat keskeisesti lisätä myös lapsen riskiä sairastua masennukseen.

Isometsä (2019) on kuvannut masennuksen prosessina, jossa perinnöllinen alttius, persoonallisuuden piirteet sekä ympäristötekijät toimivat altistavina tekijöinä. Masennusjakson laukaiseviksi tekijöiksi hän puolestaan osoittaa erilaiset elämänmuutokset. Onkin osoitettu, että jopa kaksi kolmasosaa masennustiloista käynnistyy jonkin yksilölle merkittävän negatiivisen elämäntapahtuman myötä. Masennustilan nähdään vaikuttavan yksilön sosiaalisiin suhteisiin, mutta sillä on yhteys myös aivojen toimintaan ja rakenteeseen. Nämä tekijät altistavat depression kroonistumiselle sekä jaksojen uusiutumiselle (Isometsä, 2019).

3 Oppilashuollon rooli mielenterveysongelmien ehkäisevässä työssä

Tämän luvun tarkoituksena on kuvata yläkoulun oppilas- ja kouluterveydenhuollon tehtäviä erityisesti lainsäädännöllisestä näkökulmasta. Koska nämä tehtävät painottuvat ensisijaisesti ehkäisevään työhön, kuvataan mitä sillä tarkoitetaan psykiatriassa. Luvun lopussa tuon vielä esiin nuorten mielenterveysongelmiin kohdennettuja palveluja, niiden järjestämistä sekä sitä, miten oppilas- ja kouluterveydenhuolto sijoittuvat tähän kokonaisuuteen.

3.1 Yläkoulun oppilas- ja kouluterveydenhuollon toimintamahdollisuudet masennuksen tunnistamisessa

Tämän tutkielman yhteydessä käytän opiskeluhoollon sekä oppilas- ja kouluterveydenhuollon käsitteitä. Oppilashuollolla viitataan erityisesti peruskoulussa järjestettyihin opiskeluhoollon palveluihin, kuten koulupsykologin ja -kuraattorin palveluihin sekä kouluterveydenhuoltoon (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013 3 §; Ranta ym., 2018, s.18). Kouluterveydenhuollolla tarkoitetaan kouluterveydenhoitajan sekä -lääkärin palveluja (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 8 §). Opiskeluhoollon käsite voidaan nähdä kokoavana käsitteenä, jolla tarkoitetaan sekä ensimmäisen että toisen asteen koulutusten kuraattorin, psykologin sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 3 §). Tutkielmani näkökulmasta keskeisimpiä Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 2 §:n mukaisia päämääriä ovat oppilaan terveyden, hyvinvoinnin sekä osallisuuden edistäminen, ongelmien ehkäisy, oppilaitosyhteisön hyvinvoinnin ja terveellisyys esteettömyyden takaaminen sekä varhaisen tuen turvaaminen sitä tarvitseville. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 3 §:n mukaisesti opiskeluhoolto toteutetaan lähtökohdaisesti ennaltaehkäisevänä, yhteisöllisenä opiskeluhoollona, jolla pyritään tukemaan koko yhteisöä.

Ranta, Kaltiala-Heino, Karvonen, Koskinen sekä Kronström (2020) toteavat tekstissään, että perustasonpalveluissa kyetään hoitamaan lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä. Heidän mukaansa palveluiden tulisi olla vahvimmillaan nuoruuden ikävaiheessa, jolloin häiriöiden yleisyys kasvaa. Lainsäädännön näkökulmasta keskeinen ero ensimmäisen asteen kouluterveydenhuollon sekä toisen asteen opiskeluterveydenhuollon tehtävien määrittelyssä on se, että peruskoulussa kouluterveydenhuollon tehtäviin ei katsota kuuluvan esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden hoitoa, kuten toisen asteen opiskelijaterveydenhuollossa (Ranta ym., 2018, s.17; Terveydenhuoltolaki 16 §, 17 §). Siihen kuitenkin kuuluu keskeisesti ehkäisevän terveydenhuollon, varhaisen tuen sekä ohjaukset tehtävät (Marttunen ym., 2019; Ranta ym., 2018, s. 17–18).

Rannan ja kollegoiden (2018, s.17–18) mukaan yläkouluikäisten nuorten sairaanhoito tulisi siinä ollen toteuttaa muissa perustasonpalveluissa tai erikoissairaanhoidon piirissä. Vastaavasti opiskeluhuollosta vastaavien koulukuraattoreiden sekä -psykologien tehtävien määrittelyssä ei ole samanlaista rajausta sairauksien hoidosta, mikä mahdollistaa hieman toisistaan eriävät tulokset työn sisällöstä (Ranta ym., 2018, s.17–18). Lisäksi tässä yhteydessä on nostettava esiin Marttusen ja kollegoiden (2019) esiin tuoma näkökulma, jonka mukaisesti perustasolla lievän tai keskivaikean masennuksen hoito voidaan toteuttaa samantyyppisin psykososiaalisin interventioin kuin ehkäisyssäkin.

Lewinsohn ja kollegat (1998) ovat tuoneet esiin, että nuoruusiän masennuksen ilmaantuvuus on suurempi kuin yleensä ajatellaan. Heidän mukaansa vanhemmilla sekä nuorten parissa toimivilla työntekijöillä on lisäksi usein haastavaa tunnistaa nuorten masennusta, mikä korostaa seulonnan sekä arvioinnin merkitystä. Kouluterveydenhoitajat kykenevät seulomaan keskeisesti mahdollisia masennustiloja tai riskiä sairastua masennukseen terveystarkastuslomakkeilla sekä -tarkastuksilla (Carnevale, 2011; Haravuori ym., 2017). Espoossa tehty hanke osoitti, että tyypillisesti masennusoireista kärsivät nuoret ohjautuivat IPC-interventioon juuri terveystarkastusten tai -kyselyjen myötä (Ranta ym., 2018, s. 91).

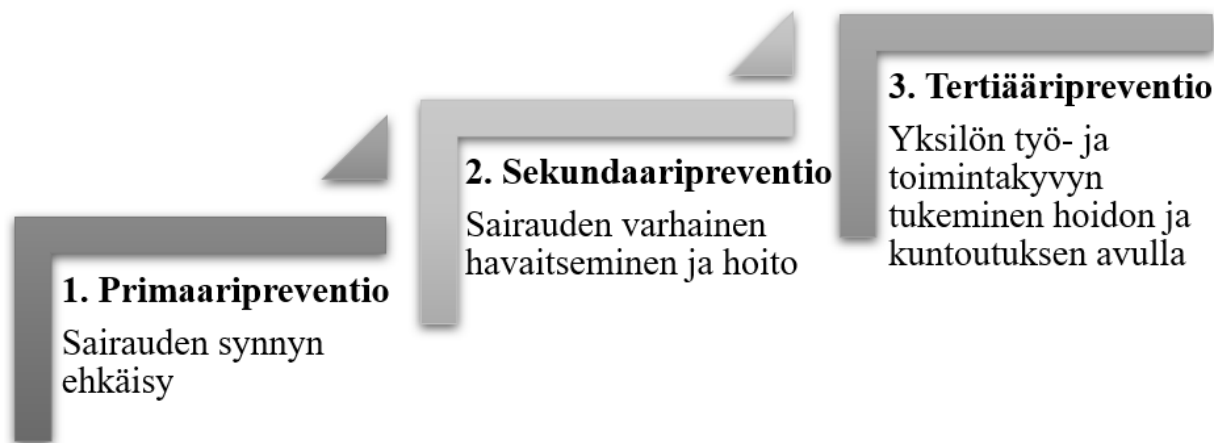
Haravuoren ja kollegojen (2017, s.73–77) mukaan tilanteessa, jossa nuorella epäillään masennusta, voidaan seulonnan tukena käyttää esimerkiksi R-BDI, BDI-21 ja PHQ-9 mielialakyselyjä. PHQ-9:n (*Patient Health Questionnaire*) sekä BDI-21:n (*Beck Depression Inventory*) avulla saadaan tietoa muun muassa masennusoireiden vakavuudesta, mutta niillä ei voida osoittaa masennustilan diagnoosia. Eniten suomalaisissa kouluissa käytetään kuitenkin R-BDI mielialakyselyä masennuksen seulonnassa, mikä on lyhennetty versio BDI-21 kyselystä (Haravuori ym., 2017, s.73–77). Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen sekä Laippala (1999) tuovat tutkimuksessaan esiin, että 13-kohtaisen R-BDI:n on kouluterveystutkimuksissa katsottu arvioivan hyvin nuorten masennusta. Heidän mukaansa suurin osa nuorista kykenee vastaamaan siinä eri kategorioita mittaaviin osioihin.

Hietanen-Peltola, Vaara sekä Laitinen (2019a; 2019b) ovat tuoneet tekstissään esiin, että oppilashuollossa työskentelevät koulukuraattorit sekä -psykologit toimivat tyypillisesti useissa eri toimipisteissä. Sen lisäksi, että yhdellä koulukuraattorilla tai -psykologilla saattaa olla useita kouluja vastuullaan, voi tämä vastata myös eri kouluasteiden tehtävien hoitamisesta. Peruskouluissa kokoaikaisena työntekijänä toimivien koulukuraattoreiden kohdalla tämä tarkoittaa keskimäärin jopa 875 oppilasta yhtä koulukuraattoria kohden. Vastaava luku koulupsykologeilla

on puolestaan 985 (Hietanen-Peltola ym., 2019; 2019b). Hietanen-Peltola, Vaara, Hakulinen ja Merikukka (2019) ovat lisäksi osoittaneet eron kouluterveydenhuoltoon, jossa pelkästään yläkouluissa toimivalla kouluterveyden hoitajalla on keskimäärin 453 oppilasta vastuullaan. Vaikka Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 3 §:n mukaisesti opiskelijahuoltoa pyritään lähtökohteisesti järjestämään ennaltaehkäisevänä yhteisöllisenä opiskeluhuoltona, painottuu sekä kuraattorin että psykologin työ silti enemmän yksilökohtaiseen työhön (Hietanen-Peltola ym., 2019a; 2019b). Kun otetaan huomioon edellä kuvatut suomalaista oppilashuoltoa kuormittavat tekijät, on keskeistä muodostaa sellaisia interventioita, jotka on mahdollista järjestää koulun ja oppilashuollon työntekijöiden resurssit huomioiden (Parhiala ym., 2020).

3.2 Ehkäisevä työ eli preventio – kolme tasoa

Psykiatriassa ehkäisevää työtä kutsutaan preventioksi, joka voidaan jakaa kolmeen tasoon (Lönnqvist & Lehtonen, 2019). Näillä preventiivisen työn tasoilla kyetään kohdentamaan erilaisia interventioita sairauden eri vaiheisiin (Laajasalo & Pirkola, 2012, s.10) (Kuva 1.). Psykiatrian lähtökohteisena pyrkimyksenä on ehkäistä mielenterveyshäiriöiden syntymistä, jolloin puhutaan primaaripreventiosta, jossa sairautta ei ole kuitenkaan vielä diagnosoitu (Lönnqvist & Lehtonen, 2019). Koska interpersoonallista ohjantaa on esimerkiksi suomalaisissa kouluissa käytetty lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa, voidaan puhua toisen ja kolmannen eli sekundaari- sekä tertiääriprevention tasoista (Lönnqvist & Lehtonen, 2019; Parhiala ym., 2020). Muun muassa Laajasalo ja Pirkola (2012, s.10) ovat kuvanneet sekundaariprevention tavoitteiksi sairauden varhaisen havaitsemisen sekä hoidon, joilla kyetään ehkäisemään sairauden pahenemista. Heidän mukaansa tertiääripreventiossa hoidolla ja kuntoutuksella puolestaan pyritään tukemaan yksilön työ- ja toimintakykyä. Näillä prevention muodoilla voidaan siten ehkäistä mielenterveyshäiriöiden tuottamaa yksilön toimintakykyyn vaikuttavaa haittaa ja kärsimystä sekä kohentamaan elämänlaatua (Laajasalo & Pirkola, 2012, s.10; Lönnqvist & Lehtonen, 2019).



Kuva 1. Preventiivisen työn kolme tasoa sekä niiden ydin tavoitteet (Laajasalo & Pirkola, 2012, s.10; Lönnqvist & Lehtonen, 2019).

Uudella psykiatrisella tiedolla ja sen soveltamisella voidaan merkittävästi edistää mielenterveyttä, mutta toimivien palvelujärjestelmien rakentamiseksi tarvitaan tutkimukseen perustuvaa tietoa itse palveluista ja hoidoista sekä niiden kustannuksista ja tuloksellisuudesta (Lönnqvist & Lehtonen, 2019; Ranta ym., 2018, s.13). Hoagwood kollegoineen (2007) korostavat, että koko kehys, jolla esimerkiksi mielenterveyskysymykset ymmärretään kouluissa, tulisi määrittellä uudestaan. Heidän mukaansa mielenterveyspalveluja ei tulisi asettaa erilleen, vaan ne olisi muotoiltava uudelleen ja asetettava laajemmin myös koulujen tehtävään.

Marttunen sekä Karlsson (2013a, s.14) näkevät keskeisinä tekijöinä ehkäisevässä työssä sekä suojaavien tekijöiden vahvistamisen että sairastumisriskiä lisäävien tekijöiden tunnistamisen ja vähentämisen. Gondekin ja Lereyan (2018) mukaan mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisevät interventiot voidaan jakaa yleisiin, valikoiviin sekä osoitettuihin toimiin. Kouluissa toteutetuilla yleisillä toimenpiteillä pyritään tukeman kaikkien oppilaiden mielenterveyttä. Valikoiva lähestymistapa kohdistuu puolestaan niihin yksilöihin, joilla on erityisen suuri riski sairastua mielenterveyden häiriöön esimerkiksi havaittujen riskitekijöiden, kuten vanhemman masentuneisuuden vuoksi. Osoitetut interventiot on suunniteltu oppilaille, joilla on jo oireita ja, jolla pyritään siten ehkäisemään mielenterveyshäiriön kehitystä (Gondek & Lereya, 2018). Valikoidut sekä osoitetut interventiot näyttäisivät tutkimusten mukaan olevan pitkällä aikavälillä käytännöllisempiä sekä hyödyllisempiä (Horowitz & Garber, 2006). Gladstone ja Beardslee (2009) korostavat, että preventiivisten interventioiden tulisi olla juuri nuorille kohdennettuja enemmän kuin universaaleja lähestymistapoja. He ehdottavat näihin interventioihin sisällyttäväksi pyrkimyksen perheympäristön parantamisesta, sillä perhetekijöiden on osoitettu muun

muassa ylläpitävän masennusoireita nuoruusiällä. Ennaltaehkäisevät lähestymistavat jättävätkin liian usein huomioimatta laajemman kontekstin, jossa lapsi tai nuori kasvaa (Gondek & Lereya, 2018).

Hoidon arviointi- ja suunnitteluvaiheessa on keskeistä selvittää vanhempien mielialahäiriöt tai muut psykiatriset sairaudet, sillä niillä tiedetään olevan yhteys myös lapsen masennustilaan sekä hoitoennusteeseen (Haravuori ym., 2017, s.77). Marttunen ja Karlsson (2013b, s.53) ovat tuoneet esiin, että masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito on nuorilla merkittävää muun muassa siitä syystä, että tällöin kyetään lyhentämään masennusjakson kestoa sekä ehkäisemään sen uusiutumista. Useiden masennusjaksojen on havaittu vaikeuttavan negatiivisesti yksilön psykososiaalista selviytymistä toipumisen jälkeen (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.53).

Laajasalon sekä Pirkolan (2012, s.12–13) mukaan preventiivisellä työllä voidaan yksilöllisten merkitysten lisäksi saavuttaa taloudellisia ja siten yhteiskunnallisia hyötyjä. Tässä yhteydessä tarvittaisiin kuitenkin pidempiaikaista tietoa prevention taloudellisista hyödyistä verrattuna esimerkiksi hoitokustannuksiin ja muihin menetettyihin kuluihin muun muassa alentuneen työkyvyn myötä. Tästä syystä tässä tutkielmassa ei käsitellä kustannustehokkuutta sen syvällisemmin, mutta on keskeistä tuoda ilmi, että yleisesti juuri nuoriin kohdennetuilla preventiivisillä hankkeilla on saavutettu myös taloudellisia hyötyjä (Laajasalo & Pirkola, 2012, s.12–13).

3.3 Nuorille kohdennettuja mielenterveyspalveluita leimaa monihallinnollisuus ja pirstaleisuus

Ranta ja kollegat (2018, s.19, 90–91) ovat nähneet haasteena vastaavissa kouluympäristössä muodostettavissa interventioissa muun muassa koulupsykologin- ja kuraattorin sekä kouluterveydenhoitajan erilaiset tehtävät ja niiden määrittelyn. Heidän mukaansa tämän vuoksi yhteistyö eri toimijoiden välillä ei ole ollut selkeää. Kyseenomainen tekijä nousi esiin myös Espoossa tehdyssä hankkeessa, jossa havaittiin, että eri ammattilaisilla ei ollut yhtenäistä tapaa masennusoireista kärsivän nuoren kohtaamiselle. Lisäksi ongelmana nähtiin lainsäädännön puutteellisuus siitä, kenen vastuulle nuoren masennuksen hoito oikeastaan kuuluu, sillä perustasolla ei ole yhtenäistä tapaa mielenterveysongelmista kärsivien nuorten hoidon ja tuen järjestämiseksi eikä lainsäädännön mukaan peruskoulun kouluterveydenhuollon piiriin katsota kuuluvan sairauksien hoitoa (Marttunen ym., 2019; Ranta ym. 2018, s. 19, 90–91).

Rannan ja kumppaneiden (2018, s.10) mukaan Suomessa yksi merkittävä haaste nuorille kohdennetuissa mielenterveyspalveluissa on niiden monihallinnollisuus sekä pirstaleisuus. Monihallinnollisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä palveluiden sijoittumista sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä sivistystoimen alle, jonka on nähty haastavan palveluiden koordinoitua ja kehittämistä. Erityisesti lähipalveluiden, kuten koulujen opiskeluhoollon, perhe- ja nuorisoneuvoloitten sekä kriisi- ja nuorisoasemien palvelut ovat niin rakenteellisesti kuin toiminnallisestikin pirstaleisia. Eri ammattiryhmien välisen toiminnan koordinoitua on nähty haasteellisena esimerkiksi tilanteissa, joissa nuori kokee lieviä tai keskivaikeita mielenterveyden oireita. Tällöin ei ole ollut selkeää, kuka ottaa vastuun ja yhteistyö eri toimijoiden välillä on siten ollut puutteellista (Ranta ym., 2018, s.10). Toisaalta keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä hoidetaan myös erikoissairaanhoidon puolella, jossa kuitenkin on nähtävissä vuosittaista kasvua potilasmäärissä muun muassa vuosien 2006–2015 seurannassa (Järvelin, Heino & Passoja, 2017). 2010-luvulla erikoissairaanhoidon avohoitojen käynnit ovat nousseet erityisen jyrkästi juuri 13–17-vuotiailla nuorilla (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff, 2020, s.30).

Marttunen ja kollegat (2019) näkevät keskeisenä kehityskohteena tulevaisuudessa nuorille suunnattujen lyhytpsykoterapioiden muodostamisen yhdessä perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Heidän mukaansa perustasolle tulisi luoda kansallinen malli, jossa juuri opiskeluhooltoon suunnatut interventiot, kuten interpersoonallinen ohjaus, voisivat merkittävästi lisätä mielenterveysongelmien hoidon tehokkuutta. Perustasonpalveluihin panostamalla kyettäisiin näin ollen tunnistamaan ja arvioimaan häiriöitä varhaisessa vaiheessa sekä aloittamaan hoito viiveettömästi, jolloin myös hoitotulotuloksiin voitaisiin mahdollisesti saada myönteinen muutos. Toisaalta opiskeluhooltoon sekä kouluterveydenhuoltoon tulisi saada lisäresursseja toimivan järjestelmän luomiseksi (Marttunen ym., 2019).

Jotta ennaltaehkäisevien interventioiden kehittäminen olisi mielekästä, on ensin keskeistä tunnistaa masennukselle altistavat tekijät sekä sen uusiutumista edistävät seikat (Bircusan & Iacono 2007). Bernarasin ja kollegoiden (2019) mukaan on mahdollista, että psykologiassa tarjottujen lasten ja nuorten rakenteellisten sekä selittävien teorioiden matala spesifisyys voisi selittyä sillä, että lasten ja nuorten masennus ymmärretään pitkälti aikuisten masennuksen mukaisesti. Tämä puolestaan voisi selittää lapsille ja nuorille kohdennettujen ennaltaehkäisevien interventioiden yleisesti vaatimattomat tulokset. Nykyisellään näissä interventioissa ollaan tyyppisesti kiinnostuneita kognitiivis-behavioraalisista lähestymistavoista. Koska masennus nähdään monitekijäisenä ilmiönä, myös siihen kohdennetut ennaltaehkäisevät interventiot tulisi

muodostaa tältä pohjalta. Niiden tulisi siten ottaa huomioon laajemmin koulu- ja perheympäristö sekä sosiaalinen konteksti. Tämän vuoksi olisikin oleellista, että lasten ja nuorten masennus ja sen syyt ymmärrettäisiin vieläkin kokonaisvaltaisemmin, jotta voitaisiin suunnitella tehokkaita arviointi-, ehkäisy- ja hoitomenetelmiä (Bernaras ym., 2019). Tämän lisäksi Neufeld, Jones ja Goodyer (2017) ovat tuoneet esiin, että nuorten mielenterveyden pitkittäisiin tutkimuksiin tulisi liittyä keskeisesti mielenterveyspalveluiden käyttö ja sen suhde myöhempiin hoitotuloksiin. Heidän mukaansa myös laajemmilla tutkimuksilla saataisiin tietoa eri sektoreiden suhteellisista rooleista mielenterveyshäiriöiden vähentämisessä.

4 Interpersoonallinen ohjanta

Nykyisten Käypä hoito -suositusten mukaisesti nuoruusiän lievää ja keskivaikeaa masennusta tulisi hoitaa lähtökohtaisesti psykoterapeuttisin interventioin. Keskeisimpinä hoitomuotoina on pidetty perheterapiaa sekä kognitiivis-behavioraalista, interpersoonallista ja psykodynaamista psykoterapiaa. Koska tutkielman keskiössä on nimenomaisesti interpersoonallinen lähestymistapa, on tämän luvun tarkoituksena tarkastella interpersoonallisen ohjauksen kehitystä sekä menetelmän taustalla vaikuttavia teorioita. Lisäksi tässä luvussa kuvataan, miten intervention toteuttaminen tapahtuu käytännössä ja millaisia vaiheita siihen sisältyy. Lopuksi nostetaan esiin vielä aiemmissa tutkimuksissa esiin tulleita seikkoja muun muassa menetelmän tehokkuudesta muihin hoitomuotoihin verrattuna.

4.1 Mitä on interpersoonallinen ohjanta?

Interpersoonallinen ohjanta on Gerald L. Klermanin ja Myrna M. Weissmanin alun perin vuonna 1983 kehittämä lyhytversio interpersoonallisesta psykoterapiasta (IPT eli *Interpersonal psychotherapy*), joka on tehokas masennustilojen hoitomuoto (Weissman ym., 2014). Esimerkiksi Cuijpersin ja kollegoiden (2011) tekemä meta-analyysi IPT:n vaikutuksista masennuksen hoidossa osoitti, että menetelmä on yksi parhaista empiirisesti validoiduista masennuksen psykologisista hoitomuodoista ja sen sisällyttäminen hoito-ohjeisiin on siten perusteltua. IPT-A on toinen kehitetty versio, joka on suunnattu erityisesti nuorten masennuksen hoitoon (Parhiala ym., 2020).

Dipy.fi -verkkosivustolla on kuvailtu interpersoonallisen psykoterapian taustaa ja kehitystä. Sivuston mukaan IPT perustuu 1940–1950-luvuilla kehitettyihin Harry Stack Sullivanin interpersoonalliseen teoriaan sekä Adolf Meyerin psykobiologiseen teoriaan, joissa psykiatriset häiriöt, kuten masennus nähdään erityisesti interpersoonallisina eli ihmisten välisiin suhteisiin liittyvinä ilmiöinä. Lisäksi yhtenä taustateorianä IPT:ssä on John Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria. Interpersoonallisen psykoterapian lähtökohdat on kiteytetty kolmeen periaatteeseen. Ensinnäkin masennus on sairaus, joka on hoidettavissa, eikä sitä nähdä potilaan itsensä syynä. Toiseksi on nähtävä yhteys masennustilan sekä elämäntapahtumien välillä, jotka vaikuttavat yksilön sosiaaliseen rooliin. Mielialaa laskevat negatiivisen tapahtumat, jotka altistavat sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiselle ja niin edelleen kielteisille tapahtumille. Kolmas lähtökohta liittyy intervention vaikutuksiin yksilön elämässä. Sen mukaisesti yksilö ymmärtää edellä kuvatun

yhteyden masentuneen mielialan ja kielteisten tapahtumien välillä sekä oppii ratkaisemaan interpersoonallisia ongelmia ja elämänhallintaa. Hoidon onnistuminen edellyttää myös käytännössä tapahtuvien muutosten saavuttamista. (Dipy.fi., Psykodynaamisen ja interpersoonallisen psykoterapian yhdistys).

IPC eroaa keskeisesti IPT:sta sekä IPT-A:sta siten, että se on lyhytaikaisempi sekä istuntojen määrän että niiden keston suhteen (Judd, 2004). Se on suunniteltu alun perin potilaille, jotka ovat ahdistuneita ja oireilevat elämässä olevien stressitekijöiden vuoksi (Judd, 2004). IPC-ohjantaan kuuluu siis 3–8 käyntiä (30–60 min), joissa käsitellään asiakkaan vuorovaikutussuhteita ja pyritään löytämään yhteyksiä oireiden sekä interpersoonallisten ongelmien välillä (Abotsie ym., 2020; Parhiala ym., 2020). Tämä yhteys interpersoonallisten eli läheisten ihmissuhteiden ja masennusoireiden välillä onkin juuri keskeinen tekijä, jota interventiossa pyritään tarkastelemaan (Ranta ym., 2018, s.22). IPC-ohjaus on vuorovaikutteista ja siinä keskitytään yksilön elämässä juuri nyt vaikuttaviin tekijöihin (Mossey, Knott, Higgins & Talerico, 1996). Wilkinson, Cestaro sekä Pinchen (2018) ovat raportoineet tutkimuksessaan, että IPC-ohjaukseen osallistuneet nuoret pitivät erityisen mielekkäänä menetelmän käytännöllisyyttä sekä selkeitä tavoitteita.

Vaikka masennus ja psyykkiset oireet voivat olla peräisin useista eri tekijöistä, on niillä osoitettu olevan yhteys yksilön sosiaaliseen ja interpersoonalliseen toimintaan (Judd, 2004). Menetelmällä pyritään lievittämään asiakkaan eli tässä tapauksessa oppilaan masennusoireita, parantamalla yksilön henkistä hyvinvointia, itsetuntoa sekä interpersoonallista toimintaa ja sosiaalisia suhteita (Judd, 2004; Parhiala ym., 2020). Ono, Yamamoto, Taketani sekä Tsujimoto (2017) ovat tapaustutkimuksessaan lisäksi osoittaneet yksilön interpersoonallisen toiminnan parantumisen tukevan yksilön sopeutumista työympäristöön, vähentäen siihen liittyviä poissaoloja sekä irtisanoutumisia.

Weissmanin ja kollegoiden (2014) mukaan IPC-ohjantaa voidaan käyttää esimerkiksi oppilas-huollon työmenetelmänä siihen koulutettujen työntekijöiden toimesta, nuoren lievän tai korkeintaan keskivaikean masennuksen hoidossa. Mikäli potilaalla on vakava masennus tai muu samanaikainen psykiatrinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottisia oireita tai itsemurhariski, IPC:n ei ole katsottu olevan sopiva hoitomuoto (Judd, 2004). IPC-ohjanta on nimettiin kehitetty sellaisten henkilöiden käyttöön, jotka eivät ole mielenterveystyön ammattilaisia (Weissman ym., 2014). Ranta ja kumppanit (2018, s.22) ovat tuoneet esiin, että intervention koulutus kestää ainoastaan kolme päivää ja sen käytön omaksuminen on katsottu olevan

helposti ymmärrettävissä. Tämän vuoksi on osoitettu, että työmenetelmään voidaan kouluttaa myös oppilashuollossa työskenteleviä ammattilaisia (Ranta ym., 2018, s.22).

Weissmanin ja kumppaneiden (2014) mukaan muun muassa perusterveydenhuollossa IPC:n on havaittu tarjoavan tukea samanaikaisesti, kun mahdollisia masennusjakson laukaisseita tekijöitä pyritään tunnistamaan ja yksilöllisiä tukitoimia kartoittamaan. Heidän mukaansa useimmiten 3–5 hoitokertaa riittää jo oireiden poistumiseen, mikäli masennuksen oireet ovat ohimeneviä reaktiota elämässä koettuun stressiin. Osa voi kuitenkin tarvita myös vaativampia toimenpiteitä, kuten lääkehoitoa tai pidempiaikaista psykoterapiaa (Weissman ym., 2018). Wilkinson ja kollegat (2018) ovat tutkimuksessaan havainneet, että kuusi hoitokertaa oli tyypillisesti riittävä määrä interpersoonallista ohjantaa nuorisotyöntekijöiden toteuttamana. Heidän näkemyksensä mukaan, mikäli hoitoa tarvittiin vielä tämän jälkeen, tarvitsisi asiakas todennäköisesti lähetteen toisen hoitokeinon tai palvelun piiriin.

4.2 Interpersoonallinen ohjanta käytännössä – muutosmekanismeilla kohennetaan yksilön elämänlaatua

Rannan ja kumppaneiden (2018, s.23) mukaan interpersoonallinen ohjaus etenee rakenteellisesti yleensä siten, että ensimmäisellä tapaamiskerralla kartoitetaan asiakkaan tilannetta, läheisiä ihmissuhteita sekä yksilön elämässä mahdollisesti tapahtuneita viimeaikaisia muutoksia. Judd (2004) korostaa tekstissään, että interpersoonallisen ohjauksen painopisteenä on ensisijaisesti nykyiset, eivät menneet ihmissuhteet. Rannan ja kumppaneiden (2018, s.23) mukaan IPC-ohjauksen toisella kerralla keskitytään tunnistamaan konkreettisia haasteita, joista nuorilla tyypillisimpinä ongelma-alueina on nähty suru, ristiriidat ihmissuhteissa, roolimutokset, yksinäisyys ja interpersoonalliset puutokset, jotka liittyvät yksilön sosiaalisten suhteiden muodostamiseen sekä sosiaalisiin taitoihin. Näistä ongelma-alueista työskentelyn keskiöön valitaan yksi, jota hoidon keksivaiheessa eli tapaamiskerroilla 3–5 pyritään ratkaisemaan (Ranta ym., 2018, s.23). Muun muassa Judd (2004) on kuvannut artikkelissaan kunkin ongelma-alueen työskentelyn tavoitteet sekä erilaisia strategioita ja tekniikoita, kuten ohjaavia kysymyksiä ja kotitehtäviä, jotka ohjaavat hoidon toteutumista sekä tavoitteiden saavuttamista.

Judd (2004) kuvaa surun ja menetyksen ongelma-alueessa keskeisiksi toimenpiteiksi muun muassa toiminnan suuntaamista muihin kiinnostuksen kohteisiin tai asioihin sekä uusiin sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistumista. Jos suruun tai menetykseen liittyy esimerkiksi läheisen kuolema, on tällöin keskeistä puhua menetyksen kohteesta niin ohjauksessa kuin läheisten ihmisten

kanssa. Jos nuoren haasteet puolestaan liittyvät ristiriitaiseen ihmissuhteeseen, voidaan tällöin käyttää menetelmänä ohjaavia kysymyksiä. Kysymykset liittyvät nuoren odotuksiin kyseenomaisesta suhteesta, ristiriidan aiheisiin ja niiden ratkaisemiseen. Lisäksi voidaan tarkastella sitä, onko taustalla jokin malli, josta ristiriita on peräisin eli onko samanlaista ristiriitaa nähtävissä myös muissa ihmissuhteissa. Roolimuutoksia kokevan nuoren elämää tulisi vahvistaa muutoksen tuomien mahdollisuuksien tarkastelulla ja vapauttamalla rajautunutta ajattelutapaa. Tämän ongelma-alueen työskentelyssä keskeistä on myös itsetunnon sekä sosiaalisten suhteiden vahvistaminen. Mikäli nuori kärsii yksinäisyydestä, voidaan interpersoonallisessa ohjauksessa tarkastella eristäytyneisyyttä sekä aiempia hyviä ja huonoja suhteita. Nuorta voidaan kannustaa etsimään uusia sosiaalisia kontakteja sekä harjoittaa tämän vuorovaikutustaitoja esimerkiksi roolipelien avulla (Judd, 2004).

Loppuvaiheessa ohjaajan tulisi korostaa yksilön saavuttamaa edistymistä sekä vahvistaa tämän tunnetta kyvystä selviytyä tulevista ongelmista (Judd, 2004). Ohjaaja ja nuori arvioivat tässä vaiheessa tilannetta yhdessä sekä sopivat joko tapaamisten päättämisestä, mahdollisista jatko-työskentelyn tai muiden tukitoimien järjestämisestä (Ranta ym. 2018, s.23, 31). Interpersoonallinen ohjaus auttaa näiden vaiheiden myötä yksilöä yhdistämään ongelman masennusjaksoon, tarkastelemaan masennusoireiden vaikutusta esimerkiksi ihmissuhteisiin sekä kartoittamaan tilanteen käsittelyä edistäviä yksilön resursseja (Weissman ym., 2014).

Kontunen (2020) on kuvannut neljä erilaista muutosmekanismia, joiden myötä IPC-ohjauksella pyritään kohentamaan yksilön elämänlaatua. Intervention alkuvaiheessa keskeisenä muutosmekanismina on nähty yksilön sosiaalisen tuen, erityisesti läheisten ihmissuhteiden vahvistaminen. Tämä muutos nähdään keskeisenä ja jopa tärkeimpänä, sillä yksilöllä on tarve terapian ulkopuoliseen sosiaaliseen tukeen, jota ohjaajan tulisi näin ollen edistää. Toisena tavoitteena IPC-ohjauksessa on interpersoonallisen stressin vähentäminen. Siinä tarkastellaan ja pyritään muuttamaan tekijöitä, jotka tuottavat stressiä yksilön interpersoonalliseen todellisuuteen. Lisäksi IPC-ohjauksella pyritään kehittämään yksilön emotionaalista prosessointia, kuten tunteiden säätelyä ja tietoisuutta. Tämän muutosmekanismin avulla yksilö tunnistaa sietämättömiä tunteita sekä niiden interpersoonallisen yhteyden. Yksilöllä on tyypillisesti piilossa olevia sosiaalisia taitoja, joita voidaan vahvistaa myös istuntojen ulkopuolella. IPC-menetelmän viimeisenä muutosmekanismina nähdäänkin interpersoonallisten taitojen kehittäminen, jota voidaan tukea esimerkiksi roolipelien tai kommunikaatioanalyysin avulla (Kontunen, 2020).

Muutosmekanismeja tukevaa tutkimustietoa on saatu muun muassa Yamamoton ja kollegoiden (2018) tutkimuksessa, jossa jo kolme 50 minuutin mittaista IPC-istuntoa auttoi lievittämään yliopisto-opiskelijoiden masennusoireita. Tässä yhteydessä opiskelijoiden masennusta aiheuttaneet stressitekijät kytkeytyivät ennemmin heidän vertaissuhteisiinsa, kuin esimerkiksi opiskeluun tai tulevaan uraan liittyviin haasteisiin. Näin ollen interpersoonallista ohjantaa saaneiden opiskelijoiden masennusta lieventävänä tekijänä nähtiin erilaisten kommunikaatiomenetelmien kehittäminen, joiden avulla he kykenivät ratkaisemaan niitä ongelmia, jotka aiheuttivat heille masennusta (Yamamoto, 2018).

4.3 Interpersoonallisen ohjauksen tehokkuus

Kontunen (2020) on tutkinut väitöskirjassaan perusterveydenhuollossa toteutetun interpersoonallisen ohjauksen sekä erikoissairaanhoidossa toteutetun interpersoonallisen psykoterapian tehokkuutta masennuksesta kärsivillä aikuisilla. Tämä tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollossa IPC-lyhytterapialla kyetään hoitamaan merkittävästi lievää tai keskivaikeaa masennusta sairaanhoitajien toteuttamana. 12 kuukauden seurannassa havaittiin, että jopa 60 % potilaista oli toipunut masennuksesta sekä IPC- että IPT-ryhmissä (Kontunen, 2020).

Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Matsuzakan ja kumppaneiden (2017) Brasiliassa tehdyssä satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa, jossa oltiin ensisijaisesti kiinnostuneita siitä, voisiko erikoistumattomat terveydenhuollontyöntekijät hoitaa masennusta IPC-menetelmällä. Kontrolliryhmässä toteutettiin tavallista tehostettua hoitomuotoa (E-TAU) psykologien toimesta. Tulosten mukaan molemmissa ryhmissä saatiin merkittäviä hoitotuloksia, riippumatta käytetystä menetelmästä tai sen toteuttajasta (Matsuzaka ym., 2017). Tulokset siis tukevat myös näkemystä siitä, että IPC-menetelmän koulutus on omaksuttavissa myös sellaisten henkilöiden toimesta, jotka eivät ole mielenterveysalaa erikoistuneita.

Parhiala kumppaneineen (2020) vertaili tutkimuksessaan puolestaan interpersoonallisen ohjauksen ja lyhyen psykososiaalisen tuen (BPS eli *Brief Psychosocial Support*) tehokkuuksia 12–16-vuotiaiden nuorten masennuksen hoidossa kouluterveyden- ja oppilashuollon työntekijöiden toteuttamana kuuden viikon hoitajaksolla. Kumpikin menetelmä osoittautui tehokkaaksi hoitomuodoksi nuorten masennusoireiden vähentämisessä ja psyykkisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn edistämässä. Kolmen kuukauden seurannassa oireet olivat hävinneet 60 % BPS-ryhmässä ja 62 % IPC-ryhmässä olleilta. Kuuden kuukauden jälkeen vastaavat luvut olivat lä-

hes 80 % molemmissa ryhmissä. Merkittävä tulos menetelmän toteutettavuuden sekä hyväksyttävyyden näkökulmasta oli lisäksi se, että 89 % tutkimukseen osallistuneista oli mukana hoidon alusta loppuun saakka (Parhiala ym., 2020). Wilkinson ja kollegat (2018) tukevat näkemystä siitä, että lisää tutkimustietoa tarvitaan muun muassa menetelmän tehokkuudesta muihin menetelmiin verrattuna. He ovat myös esittäneet näkemyksen siitä, tulisiko hoidon lopetukseen panostaa enemmän. Esimerkiksi interpersoonallisessa psykoterapiassa hoidon lopetukseen käytetään yleensä 2–4 hoitokertaa, kun taas IPC-ohjauksessa vain yksi (Wilkinson ym., 2018).

5 Tulosten tarkastelua ja pohdintaa

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut yläkoulun oppilashuollon ehkäisevän työn asemaa ja merkitystä nuorten masennuksen hoidossa sekä interpersoonallisen ohjauksen roolia menetelmänä tässä kokonaisuudessa. Koulu on nuorille keskeinen ympäristö, jonka vuoksi varhaisen tuen sekä matalan kynnyksen palveluiden järjestäminen on nähtävä merkityksellisenä tässä ympäristössä (Parhiala ym., 2020). Lisäksi koulun rakenteita voidaan muokata tukemaan nuorten mielenterveyttä (Marttunen & Karlsson, 2013a, s.14). Interpersoonallista ohjantaa on tutkittu vasta vähän kouluympäristössä, jonka vuoksi tutkielmassa esitetyt myönteiset tulokset menetelmän tehokkuudesta ja sovellettavuudesta kouluympäristöön ovat suuntaa antavia. On kuitenkin osoitettu, että IPC-menetelmää voidaan käyttää erityisesti lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidossa silloin, kun nuorella ei ole muita samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, psykoottisia oireita tai todettua riskiä itsemurhaan (Judd, 2004). Tämän lisäksi kouluterveyden- sekä opiskeluhuollon työntekijöillä on katsottu olevan hyvät valmiudet IPC-ohjauksen omaksumiseen (Ranta ym., 2018; Weissman ym., 2014).

On osoitettu, että varhaisella puuttumisella voidaan vaikuttaa masennusjakson kestoon sekä ehkäisemään sairauden uusiutumista (Marttunen & Karlsson, 2013b, s.53). Näin ollen varhaisen tuen järjestämisellä on nähtävä yksilön toimintakykyyn ja hyvinvointiin viittaavia hyötyjä sekä mahdollisia yhteiskunnallisia merkityksiä muun muassa taloudellisesta näkökulmasta (Laajasalo & Pirkola, 2012, s.10; Lönnqvist & Lehtonen, 2019). Ehkäisevällä työllä on erityisen merkityksellinen asema yläkoulun kouluterveydenhuollossa, sillä sen tehtäviin ei lainsäädännöllisesti katsota sairauksien hoitoa (Ranta ym., 2018, s.17–18). Työ painottuu enemminkin ehkäisevään työhön ja varhaiseen tukeen. Tämä käsitteellinen raja ei siten aseta vastuuta sairauksien hoidosta kouluterveydenhuollolle, mutta korostaa kouluympäristön merkitystä nuoren kohdatessa mielenterveyteen kohdistuvia haasteita.

Interpersoonallinen ohjanta pyrkii menetelmänä vaikuttamaan yksilön hyvinvointiin, itsetuntoon sekä interpersoonalliseen toimintaan (Judd, 2004). Siinä tarkastellaan keskeisesti masennusoireiden ja yksilön nykyisten ihmissuhteiden välistä yhteyttä (Judd, 2004; Weissman ym., 2014). Intervention yhtenä muutosmekanismina on kehittää yksilön piilossa olevia sosiaalisia taitoja ja siten parantaa tämän interpersoonallista toimintaa (Kontunen, 2020). Nuoruusiän kehityksen ja siihen kytkeytyvien kehitystehtävien näkökulmasta juuri sosiaaliin suhteisiin kytkeytyvällä interventiolla voidaan keskittyä tarkastelemaan esimerkiksi nuoren kokemia rooli-muutoksia. Nämä tekijät huomioon ottaen, interpersoonallisella ohjauksella voidaan keskeisesti

vaikuttaa yksilön läheisiin ihmissuhteisiin, jolloin menetelmä on nähtävä merkityksellisenä myös yhteisöllisestä näkökulmasta.

Myönteisenä tekijänä intervention yhteydessä on eri toimijoiden välisen yhteistyön lisääntyminen, mikä on nähty ongelmallisena pirstaloituneen ja monihallinnollisen palvelujärjestelmän keskuudessa. Ensinnäkin kouluissa työskentelevät oppilas- ja kouluterveydenhuollon työntekijät tuovat oman asiantuntijuutensa mukaan, mikä kasvattaa moniammatillisuutta eri työntekijöiden välisessä työskentelyssä. Menetelmä voidaan siten nähdä yhtenä osatekijänä laajemmassa kuvassa, mutta on havaittava, että selkeämpiä rakenteita tarvitaan muun muassa siitä, kenen vastuulle nuoren hoito ohjataan sairauden eri vaiheissa. Tämä myös edellyttäisi vieläkin laajempaa yhteistyötä eri tahoilla, kuten perustasonpalveluissa sekä erikoissairaanhoidossa toimivien työntekijöiden välille. Nähdäkseni uusien menetelmien luominen sekä implementointi on kuitenkin merkityksellistä, sillä nuorten mielenterveysongelmat ovat kasvava ilmiö, mutta niiden hoitoon ei ole luotu selkeää kansallista mallia. Erilaisten interventioiden tuominen käytäntöön on nähtävä osana tietynlaista kokeilukulttuuria, joka on mielestäni tärkeää muuttuvan yhteiskunnan sekä sen mukana tulevien haasteiden ratkomisessa.

Parhialan ja kumppaneiden (2020) tekemässä tutkimuksessa, joka kytkeytyi juuri kouluympäristöön, myös lyhyt psykososiaalinen tuki tuotti hoidollisesti lähes samanlaisia tuloksia kuin IPC-menetelmä. Hoidon tehokkuus ei siten ollut riippuvainen käytettävästä menetelmästä. Toisaalta IPC- ja IPT-menetelmiä vertailevassa tutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia, mikä viittaisi menetelmän tehokkuuteen erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Menchetti kollegoineen (2010) on tuonut esiin myös näkökulman, jonka mukaan masennuksesta on tehty useita tutkimuksia, mutta ne painottuvat tyypillisesti keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen sekä niiden hoitoon. Heidän mukaansa lievään masennukseen sekä sen hoitoon liittyvää tutkimusta on siis tehty suhteellisen vähän. Myös tästä näkökulmasta masennuksen varhaiseen vaiheeseen suunnattua tutkimustietoa tarvitaan siten lisää. Tutkielmani pohjalta tulevaisuudessa tulisi vielä tarkastella lisää menetelmän tehokkuutta verrattuna muihin menetelmiin. Lisäksi olisi syytä kiinnittää huomiota intervention vaikutuksista nuorten akateemiseen suorituskyykyyn sekä sen sovellettavuutta eri sukupuolille.

Jatkotutkimusten osalta olisi syytä pohtia, voisiko menetelmää käyttää myös primaaripreventiossa esimerkiksi riskiryhmiin kuuluville nuorille. Haasteena voi nousta esiin se, miten esimerkiksi tunnistetaan nuoren normaalin kehityksen tai vastaavasti siitä poikkeavan käyttäytymisen erot. Asiaa voidaan tarkastella myös eettisestä näkökulmasta, jolloin olisi keskeistä pohtia sitä,

onko niin sanotusti riskiryhmään kuuluvien nuorten kartoittaminen eettisesti ylipäättänsä mielekästä. Toisaalta esimerkiksi Aalto-Setälä ja Marttunen (2007) ovat tuoneet artikkelissaan esiin näkökulman, jonka mukaan nuorella on myös vaarana jäädä ilman hoitoa, mikäli nuorta halutaan tietyllä tapaa suojella leimaavuudelta, eikä masennusdiagnoosia uskalleta siten tehdä.

On nähtävä, että kouluterveydenhoitajien, -psykologien sekä -kuraattoreiden työtehtävät ovat ensisijaisesti ennaltaehkäiseviä. Lisäksi ensimmäisen asteen kouluterveydenhuollon tehtäviin ei katsota kuuluvan sairauksien hoitoa, mutta muun muassa Espoossa tehdyssä hankkeessa myös kouluterveydenhoitajia koulutettiin antamaan IPC-ohjausta. Ennaltaehkäisevien ja hoitollisten menetelmien välinen ero on kuitenkin kirjallisuudessa häilyvä, josta välittyy myös näkemys eri toimijoiden työn sisältöjen ja tavoitteiden ristiriitaisuudesta. Esimerkiksi Espoon hankkeessa tämä esiintyi IPC-ohjaajien epätietoisuutena siitä, keitä he voivat hoitaa (Ranta ym., 2018, s.86). Myös tässä yhteydessä tarvittaisiin selkeyttä nuorten diagnosointiin ja siihen, kelle vastuu nuoren hoidosta kuuluu sairauden eri vaiheissa.

Tutkielma osoittaa ristiriidan koulukuraattoreiden, koulupsykologien sekä kouluterveydenhoitajien käytössä olevien resurssien sekä IPC-menetelmän suhteen. On katsottu, että istuntojen määrältään ja kestoaltaan lyhyt interventio sopisi suuria oppilasmääriä hallitsevien työntekijöiden käyttöön (Judd, 2004; Parhiala ym., 2020). Toisaalta muun muassa Marttunen kollegoineen (2019) ehdottaa kouluihin palkattaviksi psykiatrista koulutusta omaavia sairaanhoitajia toimimaan opiskelu- ja kouluterveydenhuollon työntekijöiden työpareina, mikä on ollut jo joissain kunnissa toimiva työtap. Mikäli tällainen malli tuotaisiin yhtenäiseksi, koko yhteiskunnan kattavaksi toimintatavaksi, vaatisi se valtavasti lisäresursseja kouluihin.

Tutkielma on osoittanut yläkoulun oppilashuollon ehkäisevän työn merkityksellisyyden ja ajan-kohtaisuuden nuoruusiän masennuksen hoidossa. Lisäksi voidaan todeta, että IPC-menetelmä on toimiva ja soveltuu kouluympäristöön, mutta sillä ei voida korvata muita perustason palveluita tai erikoissairaanhoitoa. Sen sijaan sillä on potentiaalia toimia yhtenä menetelmänä muiden mielenterveyttä edistävien sekä niitä ehkäisevien palveluiden rinnalla, erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Sairauksien ennaltaehkäisyyn suunnatusta primaaripreventiosta ei ole voitu osoittaa johtopäätöksiä, sillä IPC-menetelmää ei ole tutkittu diagnosimattomilla yksilöillä.

Lähteet

- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. (2007). Nuorten psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 123(2). Haettu osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo96233>
- Abotsie, G., Cestaro, V., Gee, B., Murdoch, J., Katangwe, T., Meiser-Stedman, R., . . . Wilkinson, P. (2020). Interpersonal counselling for adolescent depression delivered by youth mental health workers without core professional training: A feasibility randomised controlled trial study protocol. *Pilot & Feasibility Studies*, 6(1), 1–14.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. doi:10.3389/fpsyg.2019.00543
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985.
- Carnevale, T. (2011). An integrative review of adolescent depression screening instruments: Applicability for use by school nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 24(1), 51-57.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581–592.
- Dipy.fi. Interpersoonallinen psykoterapia. *Psykodynaamisen ja interpersoonallisen psykoterapian yhdistys*. Haettu osoitteesta <http://www.dipy.fi/psykoterapia/>
- Eiland, L., & Romeo, R. D. (2013). Stress and the developing adolescent brain. *Neuroscience*, 249, 162–171.
- Gladstone, T. R. G., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *Canadian Journal of Psychiatry.Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(4), 212–221.
- Gondek, D., & Lereya, T. (2018). What are the challenges involved in the prevention of depression in schools? *Contemporary School Psychology*, 22(4), 395–400.
- Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, O., & Marttunen, M. (2017). *Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa: Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin* (s.73–77, 160). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Hietanen-Peltola, M., Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Hakulinen, T., & Merikukka, M. (2019). *Tuen järjestäminen ja yhteistyö kouluterveydenhuollossa: Työn edellytyksissä kehitettävää*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-376-2>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., & Laitinen, K. (2019a). *Koulukuraattoripalvelujen yhdenvertaisuudessa on kehittämistarpeita: Tuloksia perusopetuksen opiskeluhoollon seurannasta 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-271-0>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., & Laitinen, K. (2019b). *Koulupsykologipalvelujen yhdenvertaisuudessa on kehittämistarpeita: Tuloksia perusopetuksen opiskeluhoollon seurannasta 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-273-4>
- Hoagwood, K. E., Olin, S. S., Kerker, B. D., Kratochwill, T. R., Crowe, M., & Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 15(2), 66–92.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401–415.
- Isometsä, E. (2019a) Depressiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) (2019) *Psykiatria*. Kustannus Oy. Duodecim.
- Judd, F. (2004). Interpersonal counselling in general practice. *Australian Family Physician*, 33(5), 332.
- Järvelin, J., Heino, A. & Passoja, S. (2017) *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2015*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (1999). Finnish modification of the 13-item beck depression inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 451–457
- Komulainen, J., Lehtonen, J., & Mäkelä, M. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja - suomalainen tautiluokitus ICD-10:N psykiatriaan liittyvät koodit*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>
- Kontunen, J. (2020) *Therapeutic Change in Interpersonal Counselling (IPC) for Depression: A Mixed Methods Study of Primary Health Care Patients*. (Väitöskirja) University of Jyväskylä.

- Käypä hoito -suositus. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Haettu osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Laajasalo, T., & Pirkola, S. (2012). *Ennen kuin on liian myöhäistä: ehkäisevän mielenterveys-työn toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765–794.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. (2019) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) (2019) *Psykiatria*. Kustannus Oy. Duodecim.
- Marttunen, M., Haravuori, H., Miettinen, J., & Ranta, K. (2019). Masentunut nuori - miten tunnistaa, arvioida ja hoidan perustasolla? *Suomen lääkirilehti*, 74(22), 1415–1420.
- Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. (2019) Nuorisopsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) (2019) *Psykiatria*. Kustannus Oy. Duodecim.
- Marttunen, M. & Karlsson L. (2013a). Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) (2013) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten kanssa toimiville aikuisille*. (s.7–14). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Marttunen, M. & Karlsson, L. (2013b). Masennusoireilu ja masennustilat. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) (2013) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten kanssa toimiville aikuisille*. (s.41–58). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Matsuzaka, C. T., Wainberg, M., Pala, A. N., Hoffmann, E. V., Coimbra, B. M., Braga, R. F., . . . Mello, M. F. (2017). Task shifting interpersonal counseling for depression: A pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC Psychiatry*, 17, 1–11.
- Menchetti, M., Bortolotti, B., Rucci, P., Scocco, P., Bombi, A., & Berardi, D. (2010). Depression in primary care: Interpersonal counseling vs selective serotonin reuptake inhibitors. the DEPICS study. A multicenter randomized controlled trial. rationale and design. *BMC Psychiatry*, 10, 97.
- Mossey, J. M., Knott, K. A., Higgins, M., & Talerico, K. (1996). Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill

- elderly. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 51(4), 172-178.
- Neufeld, S. A. S., Jones, P. B., & Goodyer, I. M. (2017). Child and adolescent mental health services: Longitudinal data sheds light on current policy for psychological interventions in the community. *Journal of Public Mental Health*, 16(3), 96–99.
- Ono, H., Yamamoto, A., Taketani, R., & Tsujimoto, E. (2017). Use of interpersonal counseling for modern type depression. *Case Reports in Psychiatry* 1–5. doi:10.1155/2017/9491348
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013)
- Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A. M., ... Marttunen, M. (2020). Interpersonal Counseling in the Treatment of Adolescent Depression: A Randomized Controlled Effectiveness and Feasibility Study in School Health and Welfare Services. *School Mental Health*, 12(2), 265–283. Springer New York LLC.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Karvonen, J. T., Koskinen, T., & Kronström, K. (2020). Nuorten varhaisia psykososiaalisia hoitoja tulee ottaa laajemmin käyttöön. *Duodecim*, 136(18), 2044–2046. Haettu osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15792.pdf>
- Ranta, K., Parhiala, P., Pelkonen, R., Seppälä, T., Mäklin, S., Haula, T., ... Marttunen, M. (2018). *Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201902195345>
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203–219.
- Stengård E., Savolainen M., Sipilä M. & Nordling E. (2009) *Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Haettu osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79889/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e.pdf?sequence=1>
- Terveidenhuoltolaki (1326/2010)
- Verboom, C. E., Sijtsma, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, Brenda W. J. H., & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology*, 50(1), 247–257.

- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020.
- Weissman, M., Hankerson, S., Scorza P., Olfson, M., Verdeli, H., Shea, S., ... Wainberg, M. (2014) Interpersonal Counseling (IPC) for Depression in Primary Care. *The American Journal of Psychotherapy*, 68(5), 359-383.
- Wilkinson, P. O., Cestaro, V., & Pinchen, I. (2018). Pilot mixed-methods evaluation of interpersonal counselling for young people with depressive symptoms in non-specialist services. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 134–136.
- Yamamoto, A., Tsujimoto, E., Taketani, R., Tsujii, N., Shirakawa, O., & Ono, H. (2018). The effect of interpersonal counseling for subthreshold depression in undergraduates: An exploratory randomized controlled trial. *Depression Research & Treatment* 1–6. doi:10.1155/2018/4201897